Syphilitische Entzündung des Kiefergelenks.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors der Zahnheilkunde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Walther Maagk,
Zahnarzt.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Professor Dr. Küttner.

In den Handbüchern und Grundrissen der Chirurgie finden sich zwar vereinzelte Angaben von Erkrankungen des Kiefergelenks auf gonorrhoischer Basis, jedoch ist eine syphilitische Erkrankung des Kiefergelenks noch nicht erwähnt oder gar beschrieben. An und für sich sind die Entzündungen des Kiefergelenks schon selten, umso mehr müssen es die auf Grund spezifischer Erreger sein. In der Literatur sind nur einige vereinzelte Fälle bekannt, die Kiefergelenkaffektionen bei Lues beschreiben.

Schon die Alten wußten von Schwellungen der Gelenke bei Lustseuche, die sie mit der gleichzeitig bestehenden Erkrankung in ursächlichen Zusammenhang brachten. Klarheit über das Bestehen syphilitischer Gelenkaffektionen gaben erst die Obduktionsbefunde, von denen Coulson 1858 den ersten veröffentlichte. Mit der Zeit wurden die Mitteilungen und Erfahrungen immer häufiger und heute ist die Tatsache rein syphilitischer Gelenkaffektionen unbestritten. Die Mitbeteiligung des Kiefergelenks bei Lues haben Voisin (1875), Nessel (1887), Sterling (1907), Quiun (1907), Scheuer (1910) und Harttung (1913) beschrieben.

Pathologisch-anatomische Befunde sind von einfachen Gelenkreizungen nicht bekannt. Ihr Ausgang ist entweder der in Resolution oder es entwickelt sich ein chronisch-seröser Erguß im Gelenk mit oder ohne Hyperplasie der Synovialis; das Ende dieses Prozesses ist oft die Ankylose. Die zweite Form des Ausgangs ist an anatomischem Material sichergestellt worden. Es gibt noch eine subakute Form, die ohne entzündliche Erscheinungen einsetzt und in ein vollkommen chronisches

Stadium übergehen kann. Auf die Ähnlichkeit dieser Form mit der Arthritis deformans ist von Virchow hingewiesen worden.

Gummöse Bildungen können ihren Sitz an den verschiedensten Stellen der Gelenke haben. Virchow teilt diese Gelenkaffektionen in zwei Gruppen. Bei der ersten findet man vor allem die Gummata im Knorpel, bei der zweiten mehr in den subsynovialen und fibrösen Stellen des Gelenks als im Knorpel selbst.

Gummöse Erkrankungen an den Epiphysen der langen Röhrenknochen können nicht selten zur Mitbeteiligung des Gelenks führen. Auf die Ähnlichkeit dieses Prozesses mit dem Tumor albus wird von den Autoren ausdrücklich hingewiesen.

Schließlich können Gelenkentzündungen auch noch durch eine fortgeleitete Periostitis oder Osteomyelitis syphilitica entstehen.

Die anatomischen Veränderungen bei der Lues congenita sind nur unwesentlich von den geschilderten verschieden.

Über das Kiefergelenk sind bisher noch keine pathologisch-anatomischen Befunde erhoben worden.

Die klinischen Erscheinungen sind außerordentlich variierend, je nach der Intensität, mit welcher sich der Prozeß in den Gelenken entwickelt. Bald ist die Gelenklues polyartikulär, bald monartikulär, der Verlauf bald akut, bald schleichend, teils ist das Gelenk schmerzhaft, teils schmerzlos, ein völlig fieberfreier Verlauf steht unter Umständen sehr hohen Temperaturen gegenüber, die eine Entzündung verläuft unter dem Bilde des Ergusses, die andere ohne Erguß.

In den Frühstadien bestehen die klinischen Erscheinungen im wesentlichen in Schmerzen und Schwellungen der Gelenke, die Schmerzen sind reißende und bohrende, exazerbieren in der Nacht und werden auf Druck etwas geringer. Verwechslungen mit dem Gelenkrheumatismus sind häufig.

In den späteren Stadien verläuft die Affektion langsam, die Schmerzen sind mäßig, die Bewegungsstörungen gering. Später wird die Schwellung stärker, es tritt dauerndes Fieber auf. Hier ähnelt das Bild außerordentlich dem bei tuberkulösen Prozessen.

Am Kiefergelenk können Stomatitiden und Caries profunda der hinteren unteren Molaren auf dem Wege des Periosts zu Gelenkerscheinungen führen. Daher ist es oft schwierig, eine isolierte luetische Erkrankung des Kiefergelenks festzustellen.

9 Fälle, in denen die Syphilis das Kiefergelenk in Mitleidenschaft zog, werden beschrieben. Darunter sind 2 aus der Frühperiode, 6 aus den späteren Stadien der Syphilis, einmal wird eine Affektion des Kiefergelenks bei Lues congenita angeführt.

Bei der Diagnose sind die Röntgenuntersuchung und die Blutuntersuchung nach Wassermann wertvolle Hilfsmittel geworden. Das Exazerbieren der Schmerzen in der Nacht ist in den Frühperioden oft charakteristisch. Als letztes Mittel bleibt die Therapie ex iuvantibus, deren Erfolg die Diagnose sichert. Für die Differentialdiagnose kommt vor allem Arthritis rheumatica, Arthritis deformans, Tuberkulose und Arthritis gonorrhoica in Frage.

Bei Gelenkrheumatismus ist das rasche Übergreifen von einem Gelenk aufs andere, die erhöhte Menge der Harnsäure im Stadium der Entzündung sowie die häufige Komplikation von seiten der serösen Häute gegenüber den luetischen Gelenkaffektionen bezeichnend. Salizylpräparate versagen bei der Arthritis syphilitica vollständig, verschlimmern sogar oft das Leiden.

Bei der Arthritis deformans ist die Wassermannsche Reaktion oft ausschlaggebend. Leichter ist die Diagnose, falls sich die Arthritis deformans aus einer typisch abgelaufenen akuten Arthritis rheumatica entwickelt hat.

Zwischen der Tuberkulose und der Lues entscheidet vor allem die Blutuntersuchung, bei ostalen Formen der Gelenkaffektion auch das Röntgenbild. Die Tuberkulinreaktion ist bei jugendlichen Individuen mit Vorsicht zu bewerten.

Wie zwei der angeführten Fälle zeigen, ist es auch nötig, die Differentialdiagnose zwischen Gelenklues und Gelenkgonorrhoe zu stellen. Hier ist ebenfalls die Blutuntersuchung von großem Wert. Im allgemeinen bedingen nur Infektionen der pars prostatica in inveterierten Fällen von Gonorrhoe

Gelenkerscheinungen. Als letztes Mittel bleibt die Therapie ex iuvantibus.

Die Prognose der syphilitischen Entzündung des Kiefergelenks ist mit der der anderen luetischen Gelenkaffektionen bei rechtzeitiger und gründlicher Allgemeinbehandlung sowie lokaler chirurgischer Therapie als gut zu bezeichnen.

Die Therapie besteht in der Darreichung von Jodkali, Quecksilber und Neosalvarsan. Bei Ankylosierung des Kiefergelenks wird man sich zur Resektion des Gelenkköpfchens entschließen müssen, um dadurch eine bindegewebige Nearthrose herzustellen, wenn längere Allgemeinbehandlung und lokale Therapie durch Dilatation, Heißluft und Fibrolysin keine Besserung erzielen.

Das Ergebnis der Untersuchung ist kurz zusammengefaßt folgendes. Die seltene syphilitische Entzündung des Kiefergelenks in den Früh- und Spätstadien ist sicher festgestellt, ihre Prognose ist bei frühzeitiger Diagnose und rechtzeitig eingeleiteter spezifischer Therapie eine gute.